

Karin Kongsli, Frank Bakkejord og  
Anne Lene Einbu



DIAKONHJEMMET HØGSKOLE

RAPPORT 2014/8

Kan Veiledende behandlingsplaner bidra til  
at flere pasienter får Individuell  
behandlingsplan?

*Et samarbeidsprosjekt mellom Diakonhjemmet  
sykehus og Diakonhjemmet Høgskole*

**Denne rapporten er utgitt av**

Diakonhjemmet Høgskole

Postboks 184, Vinderen

N-0319 Oslo

<http://www.diaconhjemmet.no/dhs>

Rapport: 2014/8

ISBN: 978-82-8048-149-8

ISSN: 1891-2753

Elektronisk distribusjon:

Diakonhjemmet Høgskole

**Omslag**

Aud Gloppen, Blæst Design

**Opphavsrettigheter**

Forfatteren har opphavsrettighetene til rapporten.

Nedlasting for privat bruk er tillatt.

Mangfoldiggjøring, videresalg av deler eller hele rapporten er ikke tillatt uten avtale med forfatterne eller Kopinor.

## FORORD

I januar 2013 tok oversykepleierne ved medisinsk og kirurgisk avdeling ved Diakonhjemmet sykehus kontakt med Diakonhjemmet høgskole med ønske om å etablere et samarbeidsprosjekt om sykepleiedokumentasjon. Høgskolelektor i emne 13- Fagutvikling og ledelse i studiets 3. år ble samarbeidspartner, slik at studenter kunne gjøre sine fagutviklingsprosjekter knyttet til sykepleiedokumentasjon.

Å sikre at sykepleiedokumentasjonen føres i samsvar med det som er god kunnskapsbasert sykepleie og å sikre at dokumentasjonen kan anvendes som et arbeidsredskap har vært en utfordring i sykepleien i hele landet i alle år. Å utvikle kunnskapsbasert praksis gjennom bruk av standardiserte veiledende behandlingsplaner (VBP) og å etablere gode rutiner for sykepleiedokumentasjon ble derfor tema i prosjektet. Fem enheter (sengeenheter) ble inkludert.

Prosjektet ble delt i to delprosjekt, et studentprosjekt og et prosjekt der sykepleiere deltok. Begge startet opp våren 2013. Studentprosjektet ble avsluttet i juni 2013, mens sykepleieprosjektet varte helt til våren 2014.

En stor takk til både studenter og sykepleiere som har deltatt i prosjektet. De har lagt ned mange timer, også i sin fritid, for å gjennomføre arbeidet. Alle har arbeidet målrettet og samvittighetsfullt for å sikre at det ble utarbeidet gode kunnskapsbaserte veiledende behandlingsplaner.

Takk også til bibliotekjentesten ved høyskolen og ved sykehuset for god undervisning og uvurderlig hjelp til studenter og sykepleiere med litteratursøk.

Takk for økonomisk støtte til Diakonhjemmet sykehus og høyskole fra samarbeidsprosjektmidler. Midlene gjorde dette arbeidet mulig.

Frank Bakkejord og Anne Lene Einbu har hatt ansvaret for organisering og tilrettelegging i praksis. Karin Kongsli har hatt ansvar for å veilede studentene gjennom fagutviklingsprosjektet, og å føre prosjektrapporten i pennen. Sammen har vi organisert fremdrift med milepæler, undervisning og fremlegg på seminar.

Oslo, desember 2014

Karin Kongsli, Frank Bakkejord og Anne Lene Einbu

## Innholdsfortegnelse

FORORD .....	2
SAMMENDRAG .....	5
INNLEDNING .....	6
PROBLEMSTILLING, MÅL OG TILNÆRMING .....	7
Problemstilling.....	7
Inndeling i to delprosjekt.....	7
Delprosjekt 1 .....	7
Delprosjekt 2 .....	7
Mål.....	8
Prosjektets organisering, planleggingsfase og arbeidsmetode.....	8
Beskrivelse av de deltakende enhetene.....	9
Etiske hensyn.....	10
TEORETISK TILNÆRMING TIL SYKEPLEIEDOKUMENTASJON.....	11
GJENNOMFØRING AV PROSJEKTET .....	14
Inkludering av studenter .....	14
Valg av VBP i studentprosjektet .....	14
Forberedelse av studentenes prosjekter .....	14
Studentenes arbeid med utvikling av VBP .....	15
Tiltak for å videreutvikle sykepleiernes kunnskap om bruk av VBP og IBP .....	15
RESULTATER .....	17
Delprosjekt 1 .....	17
Delprosjekt 2 .....	18
Resultater ved Kirurgisk avdeling .....	18
Resultater ved Medisinsk avdeling.....	19
DRØFTING.....	21

Ble målene nådd? .....	21
20 % flere av pasienter har IBP etter avslutting av prosjektet .....	21
En rekke endringer ble drøftet og gjennomført .....	23
Behov for gode litteratursøk .....	24
Økt kunnskap om sykepleiedokumentasjon .....	24
Aktiv faglig ledelse gir resultater .....	25
Behov for å innføre kvalitetsmåling .....	25
Samarbeid i Helse Sør/Øst .....	25
Behov for intervensjonsstudier i sykepleieforskning .....	26
Utfordringer for studentene .....	26
KONKLUSJON .....	28
REFERANSER .....	29
VEDLEGG 1 .....	30
VEDLEGG 2 .....	33
VEDLEGG 3 .....	34
VEDLEGG 4 .....	35
VEDLEGG 5 .....	36
VEDLEGG 6 .....	39

## SAMMENDRAG

### Bakgrunn for prosjektet

Helse Sør/Øst vektlegger at sykepleiedokumentasjonen skal være kunnskapsbasert. På tross av at sykepleietjenesten ved Diakonhjemmet sykehus har dokumentert elektronisk i flere år, og har utviklet mange veiledende behandlingsplaner, blir det oppfattet som et problem å bruke dem i det daglige planlagte arbeidet med pasienten. Oversykepleierne ved Kirurgisk og medisinsk avdeling ønsket derfor å gjennomføre et samarbeidsprosjekt for å bedre sykepleiedokumentasjonen, og kontaktet Høgskolen for å få i stand dette.

### Hensikt

Hensikt med prosjektet var å revidere eksisterende, og å utvikle nye VBP i henhold til kunnskapsbasert praksis.

### Problemstilling

Kan utvikling av veiledende behandlingsplaner (VBP) og fokus på sykepleiedokumentasjon i praksis bidra til at flere pasienter får individuell behandlingsplan (IBP)?

#### Mål

- Studentene skal revidere eller utvikle minimum 5 VBP i henhold til kunnskapsbasert praksis.
- Sykepleierne ved medisinsk og kirurgisk avdeling skal revidere eller nyutvikle minst 10 eksisterende VBP i henhold til kunnskapsbasert praksis.
- 20 % flere pasienter har IBP etter avslutning av prosjektet.
- Kunnskap om, og bruk av VBP som grunnlag for utarbeidelse av individuelle behandlingsplaner (IBP) i klinisk praksis skal økes.

### Gjennomføring og resultater

Fem enheter og ti studenter som tidligere hadde hatt praksis ved Diakonhjemmet sykehus, deltok i prosjektet, i tillegg til en rekke sykepleiere. Studentene og sykepleierne ble kurset i sykepleiedokumentasjon generelt og utvikling av VBP og IBP spesielt. Studentene valgte hvilken VBP de skulle utvikle/revidere i samarbeid med fagsykepleier. De skrev deretter prosjektbeskrivelser som ble veiledet og godkjent av høyskolelektor. Disse dannet grunnlaget for gjennomføringen av studentenes prosjekter. Studentene valgte å arbeide parallelt med å utvikle/revidere VBP, og å kartlegge kunnskap, holdninger og vaner relatert til sykepleiedokumentasjon i sykepleietjenesten. For å samle kunnskap deltok de i sykepleien til pasienter med den aktuelle problemstillingen og samlet litteratur og forskningsartikler. De iverksatte flere tiltak for å formidle kunnskap om sykepleiedokumentasjon til personalet. Studentene utviklet to nye VBP og reviderte fem. I tillegg reviderte sykepleierne de fleste av de eksisterende VBP og de utviklet flere nye. Det ble registrert en positiv utvikling av kunnskap om sykepleiedokumentasjon og dokumentert en solid økning i antall pasienter som fikk IBP.

### Konklusjon

Samarbeidsprosjektet har medført økt kunnskap i og fokus på å arbeide kunnskapsbasert. Økt bruk av IBP har forbedret kvaliteten i sykepleiedokumentasjonen, og har blitt et incitament til å bruke IBP som arbeidsdokument.

### Finansiering

Prosjektet har fått støtte fra samarbeidsprosjektmidler fra Institutt for sykepleie og helse (ISH) ved Diakonhjemmet Høgskole.

## INNLEDNING

Helse Sør/Øst vektlegger at sykepleiedokumentasjonen skal være kunnskapsbasert, at det skal brukes lite fritext og at det skal være opprettet en sykepleieplan for pasienten innen 24 timer etter ankomst til sengeenhet.

I det elektroniske pasientjournalssystemet DIPS finnes det systemer for å utvikle kunnskapsbaserte, veiledende og overordnede sykepleieplaner (kalt veiledende behandlingsplaner: VBP). Med utgangspunkt i disse kan det lages individuelle sykepleieplaner (kalt individuelle behandlingsplaner: IBP) som tilpasses den enkelte pasients behov for sykepleie. VBP er ment som en hjelp til å forenkle dokumentasjonsarbeidet i den kliniske hverdag.

Sykepleiere ved Diakonhjemmet sykehus har i flere år dokumentert elektronisk i DIPS. Fra 2004 og fremover ble det utviklet mange VBP for innvalg til IBP ved avdelingene både i somatikk og psykiatri. I somatikken var disse særlig utviklet ved medisinsk avdeling. Kirurgisk avdeling brukte i liten grad behandlingsplaner i sykepleiedokumentasjonen.

Dokumentasjonssystemet har skapt mange muligheter, men også utfordringer, og omfang og innhold i sykepleiedokumentasjonen diskuteres stadig. Det oppfattes som et problem både å opprette IBP innen 24 timer, og å bruke dem i det daglige planlagte arbeidet med pasienten, revidere planen fortløpende samt dokumentere det som er relevant (fortløpende sykepleienotat) med planen som utgangspunkt.

Ved oppstart av prosjektet ble sykepleienotatene fortsatt brukt til en oppramsing av observasjoner, vurdering, tiltak og planer. Oppdatering av planen med tilknyttet vurdering av sykepleietiltak og forordninger, i tillegg til evaluering av planen, skjedde i mindre grad. Det ble derfor vanskelig å få en helhet i dokumentasjonen fordi sykepleienotatene ikke hang godt nok sammen med IBP. I tillegg opplevde mange at flere VBP var lite funksjonelle, og lite egnet som utgangspunkt for IBP. IBP ble til dels brukt som arbeidsredskap i sykepleien ved medisinsk avdeling, men ved kirurgisk avdeling ble de i liten grad brukt. På denne bakgrunn ble sykepleiedokumentasjon løftet frem som et viktig satsingsområde i handlingsplanene for 2013 og 2014 ved medisinsk og kirurgisk avdeling.

Oversykepleierne ved medisinsk og kirurgisk avdeling henvendte seg til Diakonhjemmet høgskole i januar 2013 for å etablere et samarbeidsprosjekt om sykepleiedokumentasjon. Høgskolelektor i emne 13- Fagutvikling og ledelse i studiets 3. år ble samarbeidspartner, slik at studenter kunne gjøre sine fagutviklingsprosjekter knyttet til sykepleiedokumentasjon.

Hensikt med prosjektet var å revidere eksisterende, og utvikle nye VBP, i henhold til kunnskapsbasert praksis. Fokus på sykepleiedokumentasjon ble vektlagt for å øke opprettelse og bruk av IBP i sykepleien til pasienter i enheter som ble inkludert i prosjektet. Fem enheter, to ved kirurgisk avdeling og tre ved medisinsk avdeling ble inkludert i prosjektet.

## PROBLEMSTILLING, MÅL OG TILNÆRMING

### Problemstilling

- Kan utvikling av veiledende behandlingsplaner (VBP) og fokus på sykepleiedokumentasjon i praksis bidra til at flere pasienter får individuell behandlingsplan (IBP)?

### Inndeling i to delprosjekt

Prosjektet ble delt i to delprosjekt der studenter ble inkludert i delprosjekt 1.

#### Delprosjekt 1

Studentene ble rekruttert inn i prosjektet i praksisperioden tilknyttet Emne 13- Fagutvikling og ledelse. Praksisperioden var på åtte uker. Som del av praksis skulle et fagutviklingsprosjekt gjennomføres, og studentene skulle i sitt fagutviklingsprosjekt enten revidere eller utvikle en kunnskapsbasert VBP på sengeenheten de hadde praksis ved. "Brukerveileder for utarbeidelse av veiledende behandlingsplaner til bruk i DIPS" skulle anvendes. Studentene skulle helst ha ansvar for minst to primærpasienter med den sykepleiefaglige problemstilling som skulle inngå i VBP. De skulle også undervise det faste personalet i sykepleiedokumentasjon generelt, om faglig innhold i den nye/ reviderte planen og hvordan denne kunne brukes som grunnlag for utvikling av IBP og som arbeidsredskap spesielt.

Delprosjekt 1 skulle vare fra 15.4. 2013 til 1.7.2013.

Høyskolelektor var sammen med oversykepleierne ved medisinsk og kirurgisk avdeling ansvarlige for dette delprosjektet.

#### Delprosjekt 2

Alle enhetene på kirurgisk og medisinsk avdeling deltok i delprosjekt 2.

Fagsykepleiere/sykepleiere skulle revidere eller utvikle minst to kunnskapsbaserte VBP per enhet, ved bruk av "Brukerveileder for utarbeidelse av veiledende behandlingsplaner til bruk i DIPS". Erfarne sykepleierne med god kunnskap om den sykepleiefaglige problemstilling som skulle inngå i VBP skulle utvikle planene. Prosjektmidler skulle anvendes til å frikjøpe sykepleiere til å innhente forskningsresultater, fagkunnskap, fylle ut picoskjema og utvikle VBP.

Enheten "2 nord" skulle også arrangere fokusuker på bruk av VBP og dokumentasjon.

Fagsykepleier på enhetene var ansvarlig for gjennomføring dette delprosjektet i samarbeid med oversykepleierne og fagforum ved de to avdelingene.

Delprosjekt 2 skulle vare fra 15.4.2013 til 15.5.2014.



## Mål

1. Studentene skal revidere eller utvikle minimum 5 VBP i henhold til kunnskapsbasert praksis
2. Sykepleierne ved medisinsk og kirurgisk avdeling skal revidere eller nyutvikle minst 10 eksisterende VBP i henhold til kunnskapsbasert praksis
3. Kunnskap om, og bruk av VBP som grunnlag for utarbeidelse av individuelle behandlingsplaner (IBP) i klinisk praksis skal økes
4. 20 % flere pasienter har IBP etter avslutning av prosjektet

## Prosjektets organisering, planleggingsfase og arbeidsmetode

Prosjektledelsen har bestått av Oversykepleierne Frank Bakkejord og Anne Lene Einbu fra Diakonhjemmet sykehus og Høgskolelektor Karin Kongsli fra Diakonhjemmet Høgskole. Det ble nedsatt en prosjektgruppe bestående av prosjektledelsen, en enhetsleder og fagsykepleierne ved de 5 inkluderte enhetene.

Før oppstart ble prosjektet grundig planlagt med hensyn til krav til studentene og praksisenhetene. Kurs i litteratursøk og 1 undervisningsdag om dokumentasjon i DIPS ble utviklet for studenter og sykepleiere. Både detaljert milepælplan for prosjektet og ukeplan med program for studentene ble utarbeidet (vedlegg 1 og 2). Fagsykepleierne organiserte delprosjekt 2 på hver sin enhet. I delprosjekt 1 var 10 tredje års studenter i emne 13- Fagutvikling og ledelse fra Diakonhjemmet høgskole prosjektmedarbeidere. Disse ble veiledet både av fagsykepleier og høgskolelektor.

I prosjektperioden med delprosjekt 1 ble det avholdt 5 møter med prosjektledelsen og prosjektgruppen.

Ved de fem deltakende enhetene ble to studenter utplassert på hver enhet. Studentene besluttet i samarbeid med fagsykepleier hvilken VBP de skulle revidere eller utvikle. Deretter utarbeidet de en prosjektbeskrivelse som ble veiledet og godkjent av høgskolelektor. De hadde egen problemstilling, mål og tiltak i sine prosjekter. Studentprosjektene ble diskutert og veiledet underveis. For utvikling av VBP brukte de forskningsartikler som beskrev "beste praksis". I tillegg til utvikling/revidering av planene, gjennomførte de ulike tiltak for å kartlegge kunnskap. De holdt undervisning med ulikt innhold, blant annet om sykepleieprosessen (vedlegg 3). De underviste også individuelt, i tillegg til at ulike oppslagsverk ble laget. De endelige VBP ble godkjent av oversykepleier før implementering. Studentene ble også bedt om å skrive ukeplaner og logger (vedlegg 4), og å delta i felles veiledninger på lik linje med andre studenter i emne 13.

## Beskrivelse av de deltakende enhetene

Følgende enheter fra kirurgisk og medisinsk avdeling har deltatt i prosjektet:

Tabell 1. Deltakere fra kirurgisk avdeling

ENHET NR	SENGEENHET OG DELTAKELSE	PASIENTER/ VANLIGSTE DIAGNOSER	ANTALL SENGER	INNLEGGELSER	ORGANISERING
1	2 Nord team 2 i delprosjekt 1, hele enheten i delprosjekt 2	Revmakirurgi og ortopedisk kirurgi blant annet protesekirurgi i de fleste ledd; ankel, albue, skulder og hofter. Gjøres også avstivning av ledd	26 (18 i helg)	83 % elektive 17 % ø - hjelp	Enhetene er organisert med en enhetsleder, assisterende enhetsleder og en eller to fagsykepleiere. Sykepleien er organisert som "teamsykepleie" i hele avdelingen, men pasienter som trenger lengre liggetid får en primærkontakt.
2	3 Nord deltok i delprosjekt 2	Eldre med hoftebrudd og akutt ortopedi	18	100 % ø - hjelp	
3	4 Sør	Et mangfold av diagnoser knyttet til mage-tarm; både kreftdiagnoser og ulike betennelsestilstander	18	28 % elektive 72 % ø - hjelp	

Ved alle enhetene gjennomføres utredning og behandling. Gjennomsnitt liggetid er under fire døgn.

Nedenfor er det gitt en noe nærmere beskrivelse av enhet 2 nord, da denne er organisert i tre helt ulike team, og bare team 2 deltok i studentprosjektet:

Pasienter med ulike diagnoser behandles av hvert team.

**Team 1** har 8 senger og behandler pasienter tiltrengende kirurgiske inngrep på bakgrunn av revmatiske lidelser. De vanligste operasjonene er protesekirurgi. Det settes inn protese i de fleste ledd, mest ankel, albue og skulder. Det gjøres også avstivning av ledd, mest i ankler og føtter (arthrodeser). I tillegg gjøres det kompliserte revisjoner av tidligere innsatte proteser.

**Team 2** har 10 senger og behandler pasienter med ortopediske lidelser i hovedsak gonarthrose og coxarthrose. Disse opereres elektivt med proteser. I knær settes det inn halv og helproteser. I hoftene settes totalproteser. Noen opereres med minimal invasiv surgery (MIS), en teknikk som er muskelbesparende. Dette reduserer smerter og medfører at rehabilitering kan starte raskere og reduserer liggetiden til 2 døgn.

**Team 3** har 8 senger og er et multiteam med pasienter som har gjennomført små kirurgiske inngrep. De vanligste inngrep er Arthroskopier og synovectomier. Teamet har i tillegg pasienter med implantatinfeksjoner.

Tabell 2. Deltakere fra medisinsk avdeling

ENHET NR	SENGEENHET	PASIENTER/VANLIGSTE DIAGNOSER	SENGER	INNLEGGELSER	ORGANISERING
4	1 Sør	Hjerte og Lungemedisin	24	98 % Ø – HJELP	Enhetene er organisert med en enhetsleder, evt en assisterende enhetsleder, to fagsykepleiere. Sykepleietjenesten er organisert som "primærsykepleie"
5	3 Sør	Akuttgeriatri og Slag	22		
6	4 Nord	Infeksjon, hematologi, gastro, palliasjon med mer	22		

Ved alle enhetene gjennomføres utredning og behandling. Gjennomsnittlig liggetid for pasientene er også her under 4 døgn.

### Etiske hensyn

Hensikten med prosjektet har vært å utvikle/ revidere VBP i DIPS. Videre har undervisning i å anvende VBP i etablering av IBP som arbeidsredskap i sykepleie til den enkelte pasient vært sentralt. Pasienter har ikke vært inkludert i prosjektet, men studentene har deltatt i sykepleien til pasienter med relevante sykepleieproblemer. Dette har vært en del av vanlig sykepleiepraksis, der tiltak for å gi god sykepleie har vært iverksatt. Disse tiltakene har også i flere tilfelle blitt tatt med i VBP. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere er blitt fulgt.

## TEORETISK TILNÆRMING TIL SYKEPLEIEDOKUMENTASJON

Helsepersonell har plikt til å føre journal, og den skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og den helsehjelp pasienten har fått (kapittel 8, Lov om helsepersonell mv., kap.8, 1999)

God sykepleiedokumentasjon er viktig for å sikre kvalitet og kontinuitet i sykepleien. Den er et juridisk dokument, et arbeidsredskap, et kommunikasjonsredskap og den kan anvendes i undervisning og forskning. Dokumentasjonen synliggjør sykepleiernes faglige ansvar, tydeliggjør hva sykepleie er, synliggjør klinisk erfaringskunnskap, og gir grunnlag for ledelse og ressursstyring (Kongsli 1996, Heggdal 2006).

Hensikten med en veiledende sykepleieplan er å sikre kvalitet og kontinuitet i sykepleien og i dokumentasjonen. Den blir betraktet som et hjelpemiddel for å forenkle dokumentasjonsarbeidet, fremme fagutvikling i den aktuelle avdelingen og bidra til at klinisk erfaringskunnskap blir synliggjort (Heggdal 2006:195). Den skal også bidra til å synliggjøre kunnskapsbasert praksis og å øke pasientsikkerheten.

De veiledende sykepleieplanene utgjør en av grunnstrukturene i elektronisk dokumentasjon av sykepleie (EDS) i den elektroniske pasientjournalen. Diakonhjemmet sykehus anvender det elektroniske dokumentasjonssystemet DIPS. I DIPS kalles sykepleieplaner for behandlingsplaner. En veiledende behandlingsplan (VBP) er en preformulert oversikt over sannsynlige sykepleiediagnoser, mål, tiltak med forordninger og ønsket resultat for en pasientgruppe. Det tas utgangspunkt i den problemløsende prosess i sykepleien (sykepleieprosessen) (Vedlegg 3). Dette har vært utgangspunktet for sykehusets oppbygging av VBP.

Sykepleiedokumentasjonen skal være kunnskapsbasert. Kunnskapsbasert sykepleie kan defineres som:

«Å utøve kunnskapsbasert sykepleie er å ta sykepleiefaglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjonen.» (Nortvedt m fl. 2007, s.15)

Med utgangspunkt i denne definisjonen skal man i utarbeidelsen av VBP integrere best mulig tilgjengelig og relevant forskningsbasert kunnskap med erfaringsbasert kunnskap og erfaringer som pasientgruppen har. Systematisk innhenting og bruk av oppdatert forskningslitteratur er viktig som grunnlag for formuleringer. Dette kobles sammen med faglig kunnskap og erfaring med den aktuelle pasientgruppen. Medvirkning fra pasientgrupper er også viktig i den grad det er mulig i utarbeidelsen av VBP. En god VBP kombinerer disse kunnskapsområdene på en slik måte at den legger grunnlag for de beslutninger sykepleieren tar for å utarbeide en individuell behandlingsplan (IBP) som igjen skal sikre at pasienten får optimal sykepleie.

En VBP kan utvikles med bakgrunn i et sykepleieproblemområde (for eks kvalme) eller en medisinsk diagnose (for eks KOLS). Den utarbeides som en liste man kan velge fra når man skal lage en IBP for hver pasient.

DIPS har valgt å tilrettelegge for at man kan bygge på klassifikasjonssystemer med kodeverk, henholdsvis klassifikasjonssystemet NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) for å finne fram til et sykepleieproblem, og kodeverket NIC (Nursing Intervention Classification) for å definere sykepleietiltak/ intervensjoner.

Det er også lagt til rette for at man kan registrere både NANDA-diagnoser og egendefinerte sykepleiediagnoser i dokumenter med pleieplanformat. Disse kan hentes frem i IBP. Man kan også velge å hente inn deler av en VBP til en IBP. Da velger man sykepleiediagnosene som passer for den aktuelle pasienten.

Diakonhjemmet sykehus har studert NANDA og NIC, men har valgt ikke å anvende disse, annet enn til noen preformulerte sykepleiediagnoser som er hentet fra NANDA. For de fleste VBP er egendefinerte sykepleiediagnoser valgt. Likevel bygger sykehusets VBP på den samme tankegangen som i NANDA, ved at en standardformulering ikke kan endres.

DIPS definerer sykepleiediagnose slik:

”... begreper som blir brukt for å beskrive aktuelle og potensielle helseproblemer hos pasienter, familier eller samfunn. Diagnosene beskriver klinisk sykepleiepraksis på en standardisert måte. (DIPS ASA, 2011)

Diakonhjemmet sykehus bygger på denne definisjonen i sine formuleringer av sykepleiediagnoser.

Ved Diakonhjemmet har man gjort det valgfritt å definere mål i VBP. Det varierer derfor om VBPene har mål eller ikke.

I IBP er tiltakene/intervensjonene egendefinerte og bygger ikke på noe kodeverk. Et og samme tiltak utføres ofte i forhold til flere av pasientens problemer, men det er unødvendig å dokumentere tiltaket flere steder i samme IBP. Et tiltak som står alene, er lite konkret. Det må derfor knyttes til sykepleiehandlinger/forordninger som er de konkrete aktivitetene pleieren gjør for å utføre tiltaket. Disse kalles sykepleieforordninger (DIPS ASA, 2011). Disse skrives i fritekst og skal som hovedregel angi hva som skal gjøres, hvordan og når det skal gjøres og av hvem.

Forordningene kan være initiert av sykepleieren selv som resultat av en sykepleiediagnose og mål, de kan fremkomme i samarbeid mellom pasienten eller andre yrkesgrupper, eller de kan utføres etter delegasjon fra lege eller andre samarbeidspartnere.

Forordningene skal samsvare med siste oppdaterte forskning, kunnskapsbaserte fagprosedyrer og behandlingslinjer.

Det skal finnes kun én VBP for hvert problemområde eller medisinsk diagnose ved sykehuset. En VBP må ikke forveksles med en prosedyre. VBP skal fortrinnsvis benyttes ved utarbeidelse av en IBP. IBP skal være hoved dokumentasjonen for den enkelte pasient, og skal til enhver tid være oppdatert og følges. Den skal inneholde behandlingsplan dvs sykepleieplan med sykepleiediagnose, (evt.) mål,

tiltak og forordninger. Sykepleieanamnesen (datasamlingen) danner grunnlaget for IBP. I sykepleienotatet er hensikten å føre inn avvik, endringer og evaluering. Til én IBP kan det hentes data fra flere VBP avhengig av pasientens behov for sykepleie. Unntaksvis kan sykepleiediagnoser eller tiltak beskrives i fritekst, men dette bør minimeres slik at viktige observasjoner, forordninger og beskjeder tydelig fremkommer. Det bør fremgå av planen hvor ofte det enkelte tiltak eller forordning skal evalueres.

Man bør tilstrebe å bruke et standardisert språk i utarbeidelsen av VBP blant annet for å bidra til en felles forståelse av hva begreper betyr, og lette kommunikasjonen mellom faggrupper. Ved Diakonhjemmet språkvasket hver VBP før godkjenning, for å tilstrebe et slikt felles begrepsapparat.

## **GJENNOMFØRING AV PROSJEKTET**

Delprosjekt 1 og 2 ble samkjørt fra oppstart av prosjektet og frem til medio juni 2013. Deretter fortsatte sykehuset prosjektet uten studenter frem til mai 2014. Totalt skulle minst 15 VBP revideres eller utvikles, 5 av studentene og 10 av de ansatte.

### **Inkludering av studenter**

Sykehuset stilte krav om at studentene hadde hatt praksis ved Diakonhjemmet sykehus tidligere. Dette for å spare tid til opplæring. I emne 13 kunne studentene ønske seg praksisplass sammen med medstudenter de gjerne ville samarbeide med. Før de fremsatte sine ønsker ble det gitt informasjon om at studenter som ønsket seg til de deltakende enhetene, forpliktet seg til å delta i prosjektet.

Av de ti studentene som ble valgt ut hadde åtte tidligere hatt praksis på den enheten de ble plassert på, de to siste hadde hatt praksis på sykehuset, men ikke ved den aktuelle enheten. Alle kjente til DIPS.

De første to ukene av praksis ble brukt til å bli kjent med pasientgruppene i enheten.

### **Valg av VBP i studentprosjektet**

Studentene valgte ut hvilken VBP som skulle revideres eller utvikles i samarbeid med fagsykepleier, enhetsleder og oversykepleier. Det ble valgt et område som var sykepleiefaglig relevant og som enheten var spesialisert på.

Følgende ble valgt:

Revisjon:

- Trykksår, forebygging og behandling
- Hjerneslag
- Pneumoni
- Neutropen feber

Utvikling av ny VBP:

- Joint care hofteprotese
- Joint care kneprotese

Disse ble valgt spesielt fordi pasienter tiltrengende hofte og kneproteser er den klart største gruppen på 2 nord. Enheten hadde ingen VBP ved oppstart av prosjektet.

### **Forberedelse av studentenes prosjekter**

Før oppstart i praksis fikk studentene undervisning og veiledning i hvordan de skulle utforme en prosjektbeskrivelse. Etter valg av VBP skrev studentene et første utkast til prosjektbeskrivelse.

Studentene valgte ulike problemstillinger og mål. Alle beskrev tiltak både for å kartlegge sykepleiernes kunnskaper ved oppstart av prosjektet og hvordan de ville gå frem for å utvikle/revidere VBP, og hvordan de ville implementere den i enheten. Flere studenter hadde også med tiltak knyttet til å holde prosjektet "varmt" etter at de var ferdige med sine prosjekter. Prosjektbeskrivelsene ble gjennomgått og diskutert med medstudenter og lærerveileder i felles veiledning. Alle gjorde enkle revisjoner før prosjektbeskrivelsen ble godkjent.

I andre uke av praksisperioden arrangerte prosjektledelsen en undervisningsdag for alle deltakerne i prosjektet (både studenter og sykepleiere). Her ble det undervist i tema knyttet til beskrivelse og utvikling av VBP, og hvordan bruke DIPS i arbeid med VBP og IBP. Alle fikk øve seg på å lage IBP ut fra ulike case. Uken etter ble det arrangert felles undervisning og veiledning i litteratursøk og utfylling av pico skjema med bibliotekar fra Høgskolen.

I resten av prosjektperioden skrev studentene «logg» (eksempel vist i vedlegg 4) over hvordan de arbeidet i prosjektet. På denne måten kunne lærerveileder følge prosessen detaljert.

### **Studentenes arbeid med utvikling av VBP**

Studentene valgte å arbeide parallelt med å utvikle/revidere VBP, og å kartlegge kunnskap, holdninger og vaner i forhold til bruk av VBP og IBP i sykepleietjenesten. De valgte ulike metoder. Noen samlet data via egenutviklet spørreskjema, noen arrangerte verdilunsj og samtaler.

Som grunnlag for å revidere/utvikle VBP tok studentene del i sykepleien til pasienter med den aktuelle problemstilling, der dette var mulig. Studentene som reviderte VBP trykksår var også med på å kartlegge pasienter som ble innlagt for å studere risiko for å utvikle trykksår.

Studentene samlet litteratur og forskningsartikler. De fikk god hjelp av bibliotekar med søketips og til å fylle ut pico skjema. På tross av denne hjelpen fant studentene svært lite forskning, og enda færre intervensjonsstudier knyttet til sykepleie i de utvalgte problemstillingene. Noen tok kontakt med andre sykehus og forhørte seg om deres veiledende behandlingsplaner. De fant også nasjonale retningslinjer fra ulike land, knyttet til den aktuelle problemstilling (for eksempel trykksår).

Tiltak ble iverksatt overfor pasientene i tråd med det som faglitteratur og forskning beskrev. Studentene ba også om tilbakemelding fra pasientene. På denne måten arbeidet de med å implementere teori i praksis, og å iverksette tiltak som de senere førte inn i VBP.

Studentene brukte noe ulik tid på å få forslag til VBP ferdig. Forslagene ble fremlagt internt på enhetene der det ble gitt tilbakemelding fra sykepleierne, enhetsleder, fagsykepleierne og oversykepleier. Det var behov for mange revisjoner. Spesielt gjaldt det VBP om trykksår, da denne var aktuell for alle enhetene på sykehuset og fordret derfor flere «høringsinstanser». De endelige forslagene ble lagt frem for fagforum, der studentene begrunnet valg av faglig innhold og forskning knyttet til behandlingsplanene. Etter tilbakemeldingene ble de ferdigstilt, før de ble innlevert til godkjenning.

### **Tiltak for å videreutvikle sykepleiernes kunnskap om bruk av VBP og IBP**

Studentene iverksatte mange kreative tiltak for å rette fokus mot sykepleiedokumentasjon. Det ble delt ut skriv eller brosjyrer som beskrev hvordan man oppretter sykepleiediagnoser og tiltak. Andre arrangerte lunsjer der de hadde bakt muffins med VBP-budskap. Mens andre igjen laget en plakat



med informasjon om bruk av VBP og IBP, som ble hengt sentralt på vaktrommet. Mange hang opp såkalt «Donytt» med informasjon om prosjektet, informasjon om VBP og IBP og kunnskap om sykepleiedokumentasjon.

Etter at VBP var ferdigstilt ble det iverksatt tiltak for å lære opp sykepleietjenesten i bruk av planene. Noen hadde internundervisning minst to ganger på hver enhet for å nå flest mulig. Her ble det gitt undervisning om dokumentasjon og behandlingsplaner i tillegg til å lære opp aktuelle sykepleiere i å anvende de nye behandlingsplanene. Det ble også gitt individuell opplæring. Noen brukte også «sin» VBP for å lage IBP, og sjekket ut om sykepleierne på enheten tok den i bruk. I de tilfeller hvor det tok lang tid å få godkjent VBP greide ikke studentene å prøve ut planen i praksis i den grad de hadde planlagt. Dette medførte at de heller ikke fikk implementert alle tiltak slik de hadde ønsket.

Ved den ene kirurgiske enheten skulle de ta i bruk VBP for første gang. Her valgte studentene å utvikle to nye VBP. De valgte en annen form enn det som er vanlig, ved å fokusere på den tilstand pasienten skulle være i på operasjonsdagen og hver postoperativ dag frem til hjemreise. Disse fikk også godkjent og lagt ut VBP i DIPS allerede i uke 5 av prosjektet. Dette bidro til at studentene kunne prøve ut planene i samarbeid med sykepleietjenesten og opprettholde «trykket» med å holde fokus på sykepleiedokumentasjon. De observerte også hvor det var behov for mer individuell opplæring f.eks. skriving i fritekst og avslutting av tiltak/forordninger, og fikk fulgt dette opp.

## RESULTATER

### Delprosjekt 1

Studentene har revidert de VBP som ble valgt, Trykksår, forebygging og behandling; Hjerneslag; Pneumoni og Neutropen feber. Videre utviklet de to nye VBP; Joint care hofteprotese (vedlegg 5) og Joint care kneprotese. Alle er lagt ut i DIPS.

For å studere eventuell økning i antall pasienter som hadde IBP innen 24 timer etter innleggelse ble data hentet ut av DIPS. Følgende data ble hentet ut: antall pasienter innlagt, antall IBP opprettet innen 24 timer etter innleggelse, og prosentandel av pasientene som hadde IBP. Data ble hentet ut over en periode på 14 dager og ble gjentatt tre ganger. Dette ble gjort for å måle endringer i andel pasienter som hadde IBP fra før oppstart av prosjektet, på slutten av delprosjekt 1 studentprosjektet, og på slutten av delprosjekt 2. Resultatene er vist i tabellene 3, 4 og 7. Data ble tatt ut flere ganger på ulike tidspunkt for å etterprøve funn. Det viste seg å være noen små forskjeller i tallene. Dette kan vi ikke årsaksforklare. Det ble til slutt valgt å ta ut alle data på likt. Dette ble gjort helt på slutten av skriveprosessen, den 4.12.14.

**Tabell 3**

**Før prosjektoppstart:** Påbegynt behandlingsplan innen 24 timer av alle pasienter utskrevet i en 14 dagers periode fra 1.4 -14.4 2013 Uke 14 og 15

Enhet	Antall pasienter i hele enheten	Antall IBP opprettet innen 24 timer	Prosent
2 Nord * 1)	57	0	0
3 Nord * 2)	43	3	7
4 Sør	43	1	2
1 Sør	64	17	27
3 Sør	49	31	63
4 Nord	52	14	27

\* 1) Kun en tredjedel av enheten (team 2) deltok i prosjektet

\* 2) Ikke deltatt i prosjektet

**Tabell 4**

**Ved slutten av studentprosjektet:** Påbegynt behandlingsplan innen 24 timer av alle pasienter utskrevet i en 14 dagers periode fra 17/5-31/5 2013 Uke 21 og 22

Enhet	Antall pasienter i hele enheten	Antall IBP opprettet innen 24 timer	Prosent
2 Nord *1)	63	5	8
3 Nord * 2)	36	9	25
4 Sør	58	10	17
1 Sør	69	25	36
3 Sør	51	35	69
4 Nord	46	20	44

\* 1) Kun en tredjedel av enheten (team 2) deltok i prosjektet

\* 2) Ikke deltatt i prosjektet

Ved oppstart av prosjektet hadde et mindretall av pasientene IBP, og ved en av de kirurgiske enhetene hadde de ikke innført bruk av IBP enda. Som vist i tabell 1 og 2 var det en solid økning fra prosjektets oppstart og til studentprosjektet ble avsluttet. Ved en av enhetene hadde hele 69 % IBP.

Ved noen av enhetene hadde studentene gjennomført en spørreundersøkelse i starten av prosjektet. Noen steder ble samme spørreundersøkelse gjentatt. Her fant studentene en positiv utvikling i kunnskap om sykepleiedokumentasjon.

## Delprosjekt 2

### Resultater ved Kirurgisk avdeling

**Tabell 5 resultater kirurgisk avdeling.** Type og antall VBP ved oppstart av prosjektet og resultat etter prosjektavslutning

<b>Kirurgisk avdeling</b>			
Trykksår	02.05.2009	23.06.13	Revidert i studentprosjektet
Joint Care -hofte		21.05.13	Ny i studentprosjektet
Joint care - kne		21.05.13	Ny i studentprosjektet
Implantatinfeksjon		03.01.14	Ny – 2 nord
Ankel, albue og skulderprotese		20.04.14	Ny – 2 nord
ankelbrudd		21.02.14	Ny – 3 nord
Crusfractur		21.02.14	Ny – 3 nord
Radiusfractur		21.02.14	Ny – 3 nord
Hoftebrudd – preoperativt			Påbegynt ny mars 2014 - 3 nord
Hoftebrudd – postoperativt			Påbegynt ny mars 2014 - 3 nord
Sengeleiets komplikasjoner	01.09.07		Revisjon startet mars 2014
Mobilisering og ADL	01.09.07		Revisjon startet mars 2014
Stomipleie enhet opr	15.06.10		Revisjon startet mars 2014
Eldre med brudd-innkømt	12.01.2011		Revisjon startet mars 2014
Akutte/ postoperative smerter	08.10.07		Revisjon startet mars 2014
Lap.cholecystectomi	15.04.09		
Akutt pancreatitt	15.11.07		
Appendectomi	15.04.09		
Kolonreseksjon	01.10.07		
Comotio cerebri	25.03.01		
Divertikulitt	15.04.09		
Omsorg for døende	20.12.02		Ligger under kir avd, men vi eier ikke denne.
Laparoskopisk funduplicatio	15.04.09		Slettet
Operasjonssår	19.12.08		Slettet

Ved kirurgisk avdeling fantes det 15 VBP ved oppstart av prosjektet. Samtlige ble gjennomgått. Man fant det ønskelig å utvikle 9 nye (der studentene utviklet 2). I prosjektperioden ble 7 av disse utviklet, mens to er under utarbeidelse. Det ble besluttet å slette to, da de ikke lenger var aktuelle. 12 VBP ble planlagt revidert i løpet av 2014, men er ikke blitt ferdigstilt før prosjektet avsluttes. Avdelingen hadde ved prosjektets avslutning 20 veiledende behandlingsplaner tilgjengelig for bruk i DIPS. Ved 4-

Sør var det planlagt å revidere flere planer, men dette måtte utsettes fordi både enhetsleder og fagsykepleier sluttet underveis i prosjektet.

I mai 2014, helt i slutten av prosjektet, ble det igjen målt hvor stor prosentandel av pasientene som hadde IBP på hver enhet. Her ble tall igjen hentet fra DIPS. Resultatene blir kommentert og drøftet i neste kapittel.

### Resultater ved Medisinsk avdeling

**Tabell 6 Resultater medisinsk avdeling** Type og antall VBP ved oppstart av prosjektet og resultat etter prosjektavslutning

<b>Veiledende Behandlingsplaner MED.AVD</b>	<b>Oppstart prosjekt</b>	<b>Resultat etter Prosjekt avsluttet 15/5-14 Reviderte og nye</b>	<b>Kommentarer</b>
MED Afasi og dysartri		27.05.13	Ny
MED Aktivt pleuradren (thoraxdrenasje)	20.02.06	23.05.13	
MED Akutt hematemese og melena	09.06.04		Planlagt revidert
MED Akutt forvirring/delirium	07.12.07		Planlagt revidert
MED Anemi	07.03.07		Planlagt revidert
MED Anorexi, sondenæring	25.11.09		Planlagt revidert
MED Ascites	08.02.07		Planlagt revidert
MED Cytostatikabehandling	31.03.09		Planlagt revidert
MED Diare	24.11.09		Planlagt revidert
MED Trombose (DVT, lungeemboli)		15.07.13	Godkjent ukjent dato før rev.
MED Dysfagi relatert til hjerneslag	09.10.09	01.06.13	
MED Egenomsorgsassistanse	09.05.06		Planlagt revidert
MED Ernæring	15.10.09	01.09.13	
MED Erysipelas	20.02.06	23.05.13	
MED Fall Forebygging	13.07.10	29.08.14	
MED Feber		06.07.13	Ny
MED Gastroenteritt	20.02.06	13.02.14	
MED Hjerterelatert syncope		23.05.13 NY	Ny
MED Hjerneslag	10.10.06	23.05.13	
MED Hjerterinfarkt	09.05.06	08.05.13	
MED Hjerteropererte	09.05.06	23.05.13	
MED Hjertesvikt	09.05.06	23.05.13	
MED Infeksjon i urinveiene	20.02.06	23.05.13	
MED Inflammatorisk tarmsykdom	09.05.06		Planlagt revidert
MED Intox	09.05.06		Planlagt revidert
MED Kronisk Obstruktiv	20.02.06	13.05.13	

LungeSykdom (KOLS)			
MED Kvalme	08.02.06		Planlagt revidert
MED/KIR Maligne smerter		18.04.13	Godkjent ukjent dato før rev.
MED Myelomatose	24.11.09		Planlagt revidert
MED Neutropen feber		30.05.13	Godkjent ukjent dato før rev.
MED Obstipasjon	29.05.09	13.01.14	
MED Pneumoni	29.05.09	23.05.13	
MED Passiv pleuradrenasje	20.02.06	23.05.13	
MED Respirasjonsvansker	04.11.09	13.02.14	
MED Sepsis/ fare for sepsis (sirkulatorisk fokus)	25.05.09	13.02.14	
MED TBC (tuberkulose)	04.11.09		Planlagt revidert
MED Urinretensjon hos geriatrisk pasient	09.11.06		Planlagt revidert
MED Akutte komplikasjoner til Diabetes, hypoglykemi og hyperglykemi	09.06.04		Planlagt revidert

Ved oppstart av prosjektet hadde man 34 VBP på medisinsk avdeling, men de fleste av disse var gamle og utdatert, og hadde behov for revisjon. Det ble blant annet avdekket planer som ikke var revidert etter at de ble innført i 2004. Alle planene ble gjennomgått og 20 VBP revidert (eks i vedlegg 6), mens 3 ble utviklet i løpet av prosjektperioden (eks i vedlegg 5). Alle ble lagt tilgjengelig i DIPS. Ved prosjektets avslutning var ytterligere 15 VBP planlagt revidert etter prosjektets avslutning.

#### Tabell 7

**Ved avslutning av delprosjekt 2:** Påbegynt behandlingsplan innen 24 timer av alle pasienter utskrevet i en 14 dagers periode fra 1/5-15/5 2014 Uke 19 og 20.

Enhet	Antall pasienter i hele enheten	Antall IBP opprettet innen 24 timer	Prosent
2 Nord *1)	66	39	59
3 Nord * 2)	50	5	10
4 Sør	53	8	15
1 Sør	74	40	54
3 Sør	45	30	67
4 Nord	51	28	55

\* 1) Kun en tredjedel av enheten (team 2) deltok i prosjektet

\* 2) Ikke deltatt i prosjektet

## DRØFTING

I løpet av studentprosjektperioden utviklet studentene to nye kunnskapsbaserte VBP og reviderte 4 i henhold til kunnskapsbasert praksis og den problemløsende prosess i sykepleien. I resten av prosjektet ble samtlige VBP gjennomgått, noen ble forkastet, andre revidert (tabell 5 og 6). I tillegg ble det utviklet 5 nye VBP ved kirurgisk avdeling (vedlegg 4) og 4 nye ved medisinsk avdeling. Revisjonsarbeidet viste seg å bli svært omfattende, arbeidet vil derfor fortsette utover prosjektperioden. Målet er at sykehuset skal ha minimum 60 (38 med + 22kir) oppdaterte kunnskapsbaserte VBP i bruk innen utgangen av 2014.

### Ble målene nådd?

Mål 1 og 2: Studentene har utviklet/revidert minimum 5 VBP og sykepleierne har utviklet/revidert minimum 10 VBP i henhold til kunnskapsbasert praksis.

Vurdering av hvorvidt de to første målene ble nådd, ble gjort ved opptelling av antall kunnskapsbaserte VBP som var revidert eller nyutviklet. Som man kan lese ut av resultatene i forrige kapittel er samtlige VBP ved kirurgisk avdeling gjennomgått, to er slettet og 7 er laget nye. Av disse utviklet studentene 2. Studentene reviderte også 4 VBP, mens det totalt i løpet av prosjektperioden var påbegynt revidering av 12 planer. Ved medisinsk avdeling reviderte studentene 3 planer, mens det ved avdelingen ble revidert hele 19 planer og påbegynt/planlagt revisjon av enda 15. På denne bakgrunn anses disse målene som nådd.

### 20 % flere av pasienter har IBP etter avslutning av prosjektet

Det var et mål at prosjektet skulle bidra til at minimum 20 % flere pasienter skulle ha påbegynt IBP innen 24 timer etter innleggelse ved prosjektets avslutning. Det ble derfor målt antall pasienter som hadde IBP på hver enhet før oppstart av prosjektet (tabell 3), på slutten av delprosjekt 1 studentprosjektet (tabell 4) og i mai 2014 (tabell 7). Disse er sammenstilt og vises i Tabell 8.

**Tabell 8**

Prosentandel av antall pasienter som hadde IBP i tabell 1, 2 og 3 slått sammen

Sengeposter Medisin og kirurgi	Før prosjektstart 1/4 -14/4 2013	Etter avslutning av delprosjektet 1 17/5 -31/5 2013	Prosjekt avslutning 1 år etter oppstart 1/5 -15/5 2014
2 Nord *1)	0	8 *1)	59
3 Nord* 2)	7	25	10
4 Sør	2	17 *3)	15
1 Sør	27	36	54
3 Sør	63	69	67
4 Nord	27	44	55

\*1) Her vises prosent av alle innlagte i enheten, mens kun team 2 ( 1/3 av enhetens pasienter) deltok i delprosjekt 1. 8 % betyr her at alle de inkluderte pasientene hadde IBP

\*2) var ikke inkludert i delprosjekt 1

\*3) alle med trykksår/fare for trykksår hadde IBP

Ved de fleste av enhetene vises en økning i antall pasienter som har IBP. Ved de tre kirurgiske enhetene er økningen svært variabel. En av enhetene går fra 0 til 59 % i løpet av prosjektet, mens de to andre enhetene har et oppsving i delprosjekt 1, men synker igjen på slutten av delprosjekt 2. Dette kan ha flere årsaker. På 4 Sør sørget studentene for at alle pasientene som sto i fare for å få trykksår eller hadde trykksår fikk IBP. I løpet av delprosjekt 2 sluttet to sentrale personer; både enhetsleder og fagsykepleier. Begge hadde viktige roller som faglige pådrivere.

På 2 nord begynte en av studentene å arbeide som sykepleier etter at delprosjekt 1 var avsluttet og hun ble ferdig utdannet. Hun var meget aktiv i prosjektet og kan ha vært en pådriver etterpå. Å ha med en «ildsjel» i et prosjekt er viktig for å holde arbeidet med prosjektet aktivt.

Resultatet fra kirurgisk enhet 3 nord viser også at delprosjekt 1 hadde en positiv effekt på denne enheten, selv som den ikke deltok i denne delen av prosjektet. De økte fra 7 til 25 % i løpet av denne delen av prosjektet.

Ved medisinsk avdeling hadde 63 % av pasientene ved 3 Sør IBP allerede ved oppstart av prosjektet, mens ca en firedel av pasientene ved de to andre enhetene hadde det. Ved 1 sør og 4 nord er det en økning i tråd med målsettingen. Ved 3 sør har derimot andel pasienter med IBP holdt seg relativt stabilt i hele prosjektperioden.

Det kan diskuteres om det er hensiktsmessig at alle pasienter skal ha IBP. Gjennomsnitt liggetid ved begge avdelingene er på i underkant av fire døgn. Det betyr at for mange pasienter er liggetiden kortere. På kirurgisk avdeling er median for liggetid på 2,4 døgn. Å utvikle en systematisk plan for en så kort periode kan synes lite hensiktsmessig, og det er et spørsmål om det er en riktig prioritering av arbeidsoppgaver. Her kan en vurdere å legge føringer for hvilke pasientgrupper som skal ha IBP, og hvilke som ikke trenger IBP innen 24 timer.

Det viste seg å være et høyt mål å øke antallet med 20 % per enhet. Noen av enhetene viser dog en svært god fremgang, og 3 av enhetene som deltok nådde målet. I tillegg hadde en enhet som ikke deltok i delprosjekt 1 en solid økning på over 20 % i første del av prosjektet. Dette oppfattes som en «spin off» effekt, ved at de ble påvirket av de andre deltakerne. Det skal også påpekes at denne enheten utviklet tre nye VBP i perioden. Hvorfor de sank igjen til 10 % i siste måling er det ikke noe svar på.

En annen av de kirurgiske enhetene (2 nord) brukte hverken VBP eller IBP ved oppstart. Her ble det et svært positivt trykk på dokumentasjon, som holdt seg godt etter studentene hadde avsluttet prosjektet. Av samtlige deltagende enheter oppnår denne enheten størst prosentandel pasienter med IBP, hele 58,3. Det var ved denne enheten studentene valgte å utvikle to nye VBP. Det at de valgte en annen form enn det som er vanlig, ved å fokusere på den tilstand pasienten skulle være i på operasjonsdagen og hver postoperativ dag frem til hjemreise, ble svært godt mottatt i avdelingen. Videre var det viktig at de fikk en tre ukers implementeringsfase slik at studentene kunne prøve ut planene i samarbeid med sykepleietjenesten og opprettholde «trykket» med å holde fokus på både VBP og IBP. På 4 sør ble VBP for trykksår revidert. Etter avslutningen av studentprosjektet hadde alle pasientene med trykksår IBP, men få andre. Det var også nedgang i antall IBP ved siste måling. Dette kan skyldes av enheten har skiftet fagsykepleier. På denne bakgrunn ligger de også etter i revisjoner. Dette blir nå fulgt opp av oversykepleier og kvalitetsleder i kirurgisk avdeling.

Ved medisinsk avdeling hadde de arbeidet mye med sykepleiedokumentasjonen over lang tid, mer enn de hadde ved kirurgisk avdeling. Dette vises også i antall pasienter som hadde IBP ved oppstart av prosjektet. Resultatene viser også en solid økning, og to av tre enheter nådde målet. Man kan anta at både studentenes engasjement, opplæring og fokus over tid på dokumentasjon har hatt en positiv innvirkning.

De fleste av enhetene har nådd målet, men sykepleieledelsen vil fortsette å arbeide med at alle pasienter som skal ha IBP, får dette innen 24 timer etter ankomst enhet.

Kunnskap om, og bruk av VBP som grunnlag for utarbeidelse av IBP i klinisk praksis er økt.

I delprosjekt 1 gjennomførte studentene en rekke tiltak for å øke kunnskapen om sykepleiedokumentasjon generelt og VBP og IBP spesielt. Ved noen av enhetene gjennomførte studentene en spørreundersøkelse eller quiz i oppstarten av prosjektet for å kartlegge kunnskap om sykepleiedokumentasjon hadde økt. Noen gjentok undersøkelsene på slutten av prosjektet for å kartlegge om kunnskapsnivået var endret. Resultatene viste en økning i kunnskap. Det ble også avdekket at flere ansatte kunne trenge mer undervisning i bruk av behandlingsplaner. Andre greide ikke å gjennomføre spørreundersøkelsen en gang til, da de måtte konsentrere seg om å implementere VBP.

Oversykepleierne har gjennomgått flere IBP etter prosjektavslutning og mener at kvaliteten i dokumentasjonen er bedret.

## **En rekke endringer ble drøftet og gjennomført**

I prosessen med å revidere og utvikle VPB ble det blåst liv i en gammel diskusjon om standardisering av sykepleieproblem og sykepleietiltak var av det gode. Ville dette være begrensende for sykepleierens bruk av kunnskap? Ville mulighetene for å individualisere planen til den enkelte pasient begrenses? Hvem var standardiseringen til for? De nyansatte? Pasientene? Konklusjonen ble at standardisering er et godt faglig og strukturelt hjelpemiddel. Den sikrer den enkelte pasient kunnskapsbaserte sykepleietiltak knyttet til diagnose og tilstand. Samtidig er det lagt godt til rette for bruk av fritekst når planene skal lages. Behovet for standardisering er også forsterket av at pasienten ligger kortere tid i sykehus og generelt oppfattes som svært syke.

Et hyppig diskusjonstema i prosjektperioden var lengden på en VBP. Flere studenter utviklet først alt for lange VBP og mange av de eksisterende planene var alt for lange. Dette var det stor enighet om. For eksempel hadde VBP KOLS mange problemområder som var relevante, men som ikke utelukkende var relevante for pasienter med KOLS, for eksempel mobilitet, ernæringsvikt og svikt i egenomsorg. Her valgte man enten å henvise til andre tilgjengelige VBP eller å utvikle egne VBP knyttet til det generelle området, for eksempel mobilitet. Revidert VBP KOLS knytter sykepleiediagnoser og sykepleietiltak kun til den medisinske diagnosen KOLS. Dette ga en bedre oversikt. Samtidig kreves det bruk av flere VBP for å lage en god IBP.

Sykepleietiltak/forordninger som ble oppfattet som selvfølgeligheter ble utelatt fra VBP, for eksempel «å skjerme pasienten under stell» eller «luften pasientrommet før måltidet serveres». Dette er likevel viktige tiltak å iverksette i all grunnleggende sykepleie, og de kan være vesentlige for



pasienters opplevelse av velvære (ref F. Nightingale og V. Henderson). Selv om de ikke er definert i VBP, bør sykepleieren vurdere om de likevel skal konkretiseres i IBP.

Kirurgisk avdeling hadde behov for å lage VBP hvor tiltak gjennomføres en gang til bestemt tid/dag i forløpet til pasienten. Det ble derfor valgt å fokusere på den tilstand pasienten skulle være i på operasjonsdagen og hver postoperativ dag frem til hjemreise (ref. de to VBP som studentene utviklet). Dette for å sikre at riktige pre og postoperative tiltak blir iverksatt til rett tid, hvilket gir god oversikt over gjennomførte tiltak. Det at studentene valgte en annen form på VBP enn det som er vanlig, ble svært godt mottatt i avdelingen.

I revisjonen ble det viktig å tydeliggjøre språklige formuleringer. Bruk av forkortelser er redusert. Begrepsbruken i planene ble laget mest mulig lik. Dette har medført et tydeligere og mer forståelig språk.

### **Behov for gode litteratursøk**

Det er behov for mer systematisk og dokumentert arbeid med å sikre at hver enkelt plan er kunnskapsbasert i henhold til «beste praksis». Arbeid med godt utfylt Pico-skjema i samarbeid med bibliotekjentesten er i gang. For å utvikle gode kunnskapsbaserte VBP er det en stor fordel å ha en høykompetent bibliotekertjeneste. Denne kompetansen er til svært god hjelp for å foreta relevante søk i ulike forskningsdatabaser.

I arbeidet med VBP opplevde man at skillet mellom prosedyrer og en VBP er hårfin. Når blir en VBP en prosedyre og ikke en plan? Mange ønsket å hente informasjonsgrunnlaget ut alt fra et sted. Det ble viktig å diskutere skillene. Man valgte å henvise til relevante prosedyrer i den elektronisk kvalitetshåndboken (EK) i VBP.

### **Økt kunnskap om sykepleiedokumentasjon**

Studentene kartla kunnskap om sykepleiedokumentasjon og iverksatte deretter en rekke tiltak for å sette fokus på sykepleiedokumentasjon. De holdt undervisning i hva som skal dokumenteres og hvordan en eller flere VBP kan brukes for å opprette en IBP. Undervisningen ble holdt både individuelt og i grupper for å øke kunnskap. I tillegg holdt prosjektledelsen og bibliotekar kurs. Det antas at disse tiltakene, i tillegg til det «trykket» fagsykepleierne og sykepleieleidelsen la på å dokumentere sykepleien, medførte den dokumenterte økningen i bruk av IBP i prosjektperioden (tabell 3). Prosjektet ga også en «spin-of» effekt ved at en enhet som ikke deltok i prosjektet fikk en solid økning i bruk av IBP (tabell 3).

Sykepleiernes kunnskap i bruk av VBP for å opprette IBP er økt. På tross av at mange flere pasienter fikk en individuell behandlingsplan, så gir det ingen garanti for at kvaliteten på innholdet i dokumentasjonen ble bedre. Det er ikke dokumentert at innholdet i IBP har medført at kontinuiteten i sykepleien til pasientene er bedre sikret eller at dokumentasjonen bidrar til å kvalitetssikre sykepleien. Dette ble ikke studert, men oversykepleierne har gjennomgått flere IBP etter prosjektavslutning og mener at kvaliteten i dokumentasjonen er bedret.

## **Aktiv faglig ledelse gir resultater**

Alle i sykepleieleledelsen var svært aktive pådrivere i prosjektet, og prosjektet hadde en solid forankring hos alle. Både aktiv ledelse og selve prosjektarbeidet medførte at det er blitt iverksatt en rekke tiltak i hele den somatiske delen av sykehuset. Alle enhetene arbeider nå med å øke og forbedre bruken av IBP. Nyansatte gjennomgår obligatorisk undervisning for å lære og sette opp IBP. Undervisning i aktivt bruk av IBP i det daglige dokumentasjonsarbeidet er lagt til enhetene.

Alle pasienter som innlegges i sykehuset blir screenet for risiko for trykksår i sykepleiers innleggelsesnotat i akuttmottaket. Dette er et resultat av studentprosjektet i samarbeid med pasientsikkerhetskampanjen.

Prosjektet avdekket at det var mange gamle VBP i bruk i sykehuset. Enkelte kunne man slette. Sykepleielederne startet derfor arbeidet med å legge sykepleiedokumentasjonen inn i sykehusets ulike styringssystemer. Det arbeides med å få alle reviderte og nye VBP inn i elektronisk kvalitetshåndbok (EK). Da vil fagansvarlig, godkjenningsansvarlig og EK-ansvarlig bli definert og revisjonsdatoer blir synliggjort og sikret. Frekvens for revisjon av planene er satt til hvert annet år (24 mnd). Dette skal sikre systematisk gjennomgang der hensikten er å sikre faglig kvalitet i planene.

Ved både kirurgisk og medisinsk avdeling tas det ut månedlige oversikter over antall pasienter som har IBP. Dette ønskes brukt som et ledelsesverktøy som kan gjennomgås med enhetslederne og fagsykepleierne for å holde fokus på dokumentasjon.

## **Behov for å innføre kvalitetsmåling**

For å studere kvaliteten på dokumentasjonen kan det være hensiktsmessig å anvende kvalitetsindikatorer. Sykehuset Østfold HF har utviklet slike kvalitetsindikatorer. Diakonhjemmet sykehus har som mål å legge disse inn som en del av virksomhetsstyringen. I prosjektperioden ble en ny kvalitetsindikator «Behandlingsplan opprettet innen 24 timer ankomst post» lagt tilgjengelig i DIPS. Denne brukes aktivt til å måle enhetenes bruk av behandlingsplan. Det er et mål å legge denne indikatoren inn i sykehusets virksomhetsstyringssystem (DiaLis).

Videre er det et mål å legge inn kvalitetsindikatorer som kan anvendes i kvalitetsutvikling og i forskning både i sykepleiedokumentasjon generelt og på innhold i dokumentert gjennomført sykepleie spesielt.

## **Samarbeid i Helse Sør/Øst**

De sykehusene i Helse Sør/Øst som bruker DIPS har et samarbeid om utvikling og forbedring av sykepleiedokumentasjonen, og i løpet av 2014 vil alle sykehusene ha innført DIPS. Likevel er de fleste VBP utviklet og lagt ut i DIPS kun på sykehusnivå i dag. Det finnes også en idébank (Sharepoint) for VBP der flere sykehus har lagt inn noen eksempler på VBP. Likevel må hvert enkelt sykehus utvikle sine egne planer. Idébanken er likevel nyttig for å se hva andre vektlegger, og for å få innspill til litteratur.

Det diskuteres i dag kontinuerlig hva en VBP skal inneholde og om man skal bruke kodeverk og klassifikasjonssystemer. Videre arbeides det med å utvikle felles prosedyrer, felles maler og felles begrepsbruk. Ved Diakonhjemmet har man valgt ikke å bruke NANDA og NIC, mens man ved andre sykehus har valgt å bruke disse klassifikasjonssystemene. Det kan diskuteres om det er

hensiktsmessig å komme frem til en omforent løsning på hva en VBP bør inneholde, men erfaringene fra Diakonhjemmet viser at det kan gjøres på mange forskjellige måter (ref hvordan studentene valgte å utvikle VBP på kirurgisk avdeling, versus valgene man tok ved medisinsk avdeling). Det kan derfor bli en utfordring hvis alle sykehusene i Helse Sør/Øst må følge stringente føringer.

## **Behov for intervensjonsstudier i sykepleieforskning**

Gjennom litteratursøking i prosjektet ble det avdekket at det internasjonalt sett er gjort svært få intervensjonsstudier i sykepleieforskning. Man fant nesten ingen forskningsresultater som viste «beste praksis» på de fagområdene man reviderte eller utviklet nye VBP. Man ble derfor i stor utstrekning nødt til å støtte seg på faglitteratur og utviklede retningslinjer. Det er planlagt å bruke VBP i kvalitetsutvikling av sykepleien, og dette vil på sikt også kunne initiere intervensjonsstudier. Hvis sykepleiere skal settes i stand til å arbeide kunnskapsbasert er dette en forutsetning.

## **Utfordringer for studentene**

Praksisperioden for studentene var på 8 uker. På denne tiden skulle de velge tema for VBP i samråd med enheten, utvikle prosjektbeskrivelse, sette seg inn i aktuell pasientgruppe, lære mer om VBP og IBP, lese relevant teori og søke frem forskningsartikler. Deretter skulle de utvikle forslag til VBP. Denne skulle drøftes og «godkjennes» på enhetsnivå, før den skulle drøftes i et felles fagmøte med fagutviklingssykepleierne og oversykepleier i avdelingen. Dette ble en lang prosess, med svært mange meninger, og flere planer måtte revideres flere ganger før de kunne leveres til fagmøtet for godkjenning. Flere VBP ble godkjent helt på slutten av praksisperioden, og ble dermed lagt ut i DIPS helt på slutten av studentprosjektet. Dette medførte problemer i implementeringsfasen, fordi det ikke var mulig å prøve ut eller anvende en VBP før den ble lagt ut i DIPS.

Parallelt med arbeidet med å utvikle/revidere en VBP skulle studentene kartlegge kunnskap om sykepleiedokumentasjon i enheten og være med på å lære opp sykepleietjenesten i bruk av VBP og IBP. De utviklet mye undervisningsmaterieell som enheten fikk overta ved prosjektets avslutning.

I tillegg til alle oppgavene de skulle gjennomføre, så skulle de motivere sykepleierne til å bidra i prosjektet, og til å dokumentere riktig i DIPS. Her møtte de motstand enkelte steder, noen mente blant annet at VBP var lite nyttig som grunnlag for IBP og som arbeidsverktøy. Mange av de skeptiske endret holdning utover i prosjektet, og opplevde nytteverdi av undervisning, plakatinformasjon og retningslinjer i lommeformat. Alt i alt var eller ble de fleste positive til prosjektet. Studentene opplevde solid støtte fra ledelsen, fagsykepleierne og veilederne.

Tidspresset ble den største hemmende faktoren for studentene. De opplevde stort forventningspress og til tider stor frustrasjon over arbeidspresset. I tillegg opplevde de at de hadde manglende autoritet til å drive igjennom planene. Arbeidet kunne enkelte ganger bli stoppet av innvendinger som de opplevde som «flisespikkeri». Å gjennomføre undervisning ble også en utfordring på grunn av arbeidspresset i enheten. Selv om sykepleierne gjerne ville delta, var de selvfølgelig nødt til å prioritere sykepleien til pasientene.

Studentene opplevde frustrasjon fordi de ikke fant aktuell forskning som kunne bidra til å utvikle en kunnskapsbasert VBP. Her fikk de god hjelp av bibliotekjentesten. På flere av fagfeltene fantes det rett og slett ikke relevant forskning.

Det var en fordel for studentene at de kjente avdelingen eller enheten. Dette medførte at de ikke trengte å bruke så mye tid på å bli kjent, men kunne konsentrere seg om å komme raskt i gang med prosjektet.

På tross av alle utfordringene gjorde studentene en svært god jobb. De fleste var klinisk dyktige og engasjerte, og greide å gjennomføre et prosjekt som lever videre. I prosjektperioden ble det igangsatt en rekke gode faglige diskusjoner, og som konsekvens av prosjektet er en rekke endringer innført.

## KONKLUSJON

Prosjektet har gitt ny giv og økt fokus på sykepleiedokumentasjonen i Diakonhjemmet sykehus. Det var svært viktig at prosjektet var forankret i ledelsen. Dette har bidratt til kontinuerlig fokus på sykepleiedokumentasjon. Prosjektet har påvirket måten sykepleierne dokumenterer på.

Oversykepleierne har gjennomgått flere IBP og mener at kvaliteten i dokumentasjon er bedret. Å endre kultur og måte og dokumentere på er ikke gjort gjennom et slikt prosjekt. Det er et langsiktig arbeid som sykehuset vil fortsette. Men, prosjektet har gitt en "ny start" ved å sette fokus på nytte og bruk av behandlingsplaner. Sykepleierne ser nå nytten av å bruke dette som et hjelpemiddel og som grunnlag for å dokumentere sykepleien.

De ansatte ved sykehuset har gitt klart uttrykk for at samarbeidsprosjektet med høyskolen og studentene ga økt fokus på bruk av behandlingsplaner i medisinsk og kirurgisk avdeling. I tillegg fikk både studenter og sykepleierne erfaring i å arbeide kunnskapsbasert.

Studenter og sykepleiere i klinikkene har fått trening og økt kunnskap i å arbeide kunnskapsbasert. En av de kirurgiske enhetene hadde ikke tatt i bruk behandlingsplaner, og hadde stort utbytte av å innføre dette. Økt bruk av individualiserte kunnskapsbaserte behandlingsplaner i klinisk praksis har forbedret kvaliteten i sykepleiedokumentasjonen, og har blitt et incitament til å bruke IBP som arbeidsdokument. Det er planlagt å bruke VBP i kvalitetsutvikling av sykepleien, og dette vil på sikt også kunne initiere intervensjonsstudier.

## REFERANSER

Diakonhjemmet Høgskole. Fag- og studieplan for bachelor i sykepleie 2012.

[www.Diakonhjemmet.no/DH/content/view/full/341](http://www.Diakonhjemmet.no/DH/content/view/full/341)

DIPS. Brukerveiledning for utarbeidelse av veiledende behandlingsplaner til bruk i DIPS (2009)

Handlingsplan for kirurgisk avdeling 3013

Handlingsplan for medisinsk avdeling 3013

Helse Sør-Øst (2012). *Hensiktsmessig bruk av behandlingsplan*. URL: [http://www.helse-sorost.no/fagfolk/temasider/pasientsikkerhet/Documents/Opplæring/Opplæring som sentralt virkemiddel vedlegg\\_Hensiktsmessig bruk av behandlingsplan.pdf](http://www.helse-sorost.no/fagfolk/temasider/pasientsikkerhet/Documents/Opplæring/Opplæring%20som%20sentralt%20virkemiddel%20vedlegg_Hensiktsmessig%20bruk%20av%20behandlingsplan.pdf)

Helse Sør-Øst (2012). *Elektronisk dokumentasjon av sykepleie (EDS) i DIPS*. URL: [http://www.helse-sorost.no/fagfolk/temasider/pasientsikkerhet/Documents/Opplæring/Opplæring som sentralt virkemiddel vedlegg4 elektronisk dokumentasjon av sykepleie i DIPS.pdf](http://www.helse-sorost.no/fagfolk/temasider/pasientsikkerhet/Documents/Opplæring/Opplæring%20som%20sentralt%20virkemiddel%20vedlegg4_elektronisk%20dokumentasjon%20av%20sykepleie%20i%20DIPS.pdf)

Helse Sør-Øst. Brukerveileder for utarbeidelse og revisjon av kunnskapsbaserte veiledende behandlingsplaner i HSØ

Heggdal, K. (2006). Sykepleiedokumentasjon. 2.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk

Kongsli, K. (1996) Dokumentasjon som redskap – ansvar, kunnskap og makt. Kompendium 3. sykepleiekongressen 1996. Norsk Sykepleierforbund

Moen, A., Hellesø, R og Berge, A. (2008). Sykepleiers journalføring. Dokumentasjons og informasjonshåndtering. Oslo: Akribe AS

Nortvedt, M., Jamtvedt, G., Graverholdt, B., Reinart, L.M. (2007) Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere. Norsk Sykepleierforbund

**VEDLEGG 1**

## Milepælsplan/Fremdriftsplan

Samarbeidsprosjekt med høyskolen - Pasienter uten dokumentert plan for sykepleie- et problem i praksis?

Uke	Oppgaver	Gjennomføring	Ansvar	Fortløpende evaluering
<b>1</b>	<b><u>Prosjektplanlegging</u></b>			
	Definere prosjektdeltakere	4 sør Heidi Skjerven  2 nord: Emilie G. Duvold. 1 sør: Miriam Christofferen 4 nord: Jørghild Jensen, Katrine Flø 3 sør: Ingvild P Mjøs	Oversykepleiere	OK 18/3
	Rekruttere studenter til prosjektet(navn og antall deltakere)	Se vedlegg	Høgskolelektor	OK 18/3
	Påbegynne milepælsplan		Oversykepleiere	
<b>2</b>	<b><u>Prosjektplanlegging</u></b>			
	Gjennomgå påbegynt prosjektplan	Prosjektgruppemøte <b>18/3</b>  Prosjektmøter - kalenderinnkalt til 3/4 og 9/4		
	Godkjenning av milepælsplan avdelingsledelse	Med.avd: Kvalitetsmøte 20/3 OK  Kir. Avd: OK	Oversykepleiere	
	Definere kartleggingsverktøy til prevalensundersøkelse	Prosjektgruppemøte <b>18/3</b>  Frank undersøkelser mulighet via E-helse om dette er mulig.	<b>Prosjektgruppen</b>  <b>Frank</b>	
	Kontakte undervisere i sykepleiedokumentasjon	Kartlegge kapasitet	Oversykepleiere	Bruke intern krefter

	med fokus på behandlingsplaner			
	Kontakte Bibliotekstjenesten for bistand til litteratur søk	Kartlegge kapasitet  Studenter utfordres til å gjøre egne søk.	Anne Lene:  Sykehusbiblioteket  Karin:  Høgskolebiblioteket	Bibliotekter er villig. prøver å sette av ressurser i uke 15-17
<b>14</b>	<b><u>Prosjektplanlegging</u></b>			
	Ferdigstille milepælsplan	Prosjektmøte 3/4 :	<b>Prosjektgruppen</b>	
	Planlegge studentenes praksisperiode: <b>Se vedlegg</b>	Prosjektmøte 3/4 :	<b>Prosjektgruppen</b>	
	Definere deltakere til revisjoner og kontaktpersoner for studentene i hver enhet	Frist prosjektgruppemøte 9/4	Fagsykepleier/en hetsledere i hver enhet	
	Utvelgelse av veiledende behandlingsplaner for revisjon  2 internt i enhetene 1 studenter	Frist prosjektgruppemøte 9/4	Fagsykepleier/en hetsledere i hver enhet	
	Bestilling på søk - til konkrete veiledende behandlingsplan		Fagsykepleier/en hetsledere i hver enhet	
<b>15</b>	<b><u>Gjennomføring</u></b>			
	Kartleggingundersøkelse: bruke behandlingsplan i sykepleiedokumentasjonen  Definere NÅ status	Frist Ferdigstillelse 12/4	Oversykepleiere	
	Starte revisjonsarbeid i enhetene på utvalgte VBP	Frist 22/4		



<b>16-21</b>	<b><u>Gjennomføring</u></b>			
	Oppstart Studenter Se egen plan			
<b>2</b>	<b><u>Evaluering</u></b>			
<b>3</b>	<b><u>Evaluering</u></b>			
<b>Juni</b>	Kartleggingundersøkelse: bruke behandlingsplan i sykepleiedokumentasjonen  Status etter implementering			
<b>sept</b>	Kartleggingundersøkelse: bruke behandlingsplan i sykepleiedokumentasjonen			

## **VEDLEGG 2**

Ukeplan: Samarbeidsprosjekt « Pasienter uten dokumentert plan for sykepleie- et problem i praksis»

### **Organisering av studenter i praksis**

- Studentene skal være kjent på praksisstedet – Jobbe eller ha vært i praksis.

Student skal revidere 1 VBP – som skal være kunnskapsbaserte

### **Uke 1 (15/4 -13): Intro – oppstart**

Møte i hvitt – være med i drift.

Beslutte hvilken VBP som skal revideres eller utvikles i samarbeid med fagspl.

### **Uke 2.**

Opplæring i EDS – Bruk av VBP – Hvordan skal innholdet være??

DIPS – IT – tilganger. Avtale møte med DIPS representanter?

Hvordan tenker man rundt VBP?

Ferdigstille første utkast til prosjektbeskrivelse i fagutviklingsprosjektet.

### **Uke3: Oppstart av revisjon/utvikling av 1 stk VBP**

Veiledning med Høgskolelektor

Prosjektbeskrivelse revideres på bakgrunn av veiledning

Opplæring på biblioteket. Hvordan jobbe kunnskapsbasert? Hvordan søke etter

Evidensbasert kunnskap. Bruke VBP fra andre sykehus, kunnskapssenteret

1 sykepleier jobber med studenter i arbeidet – fagspl?

### **Uke4: Revisjon VBP**

I samarbeid med fagspl

### **Uke 5: Undervisning – presentasjon av VBP**

Studenter underviser på enhet.

Presentasjon av prosjektbeskrivelse.

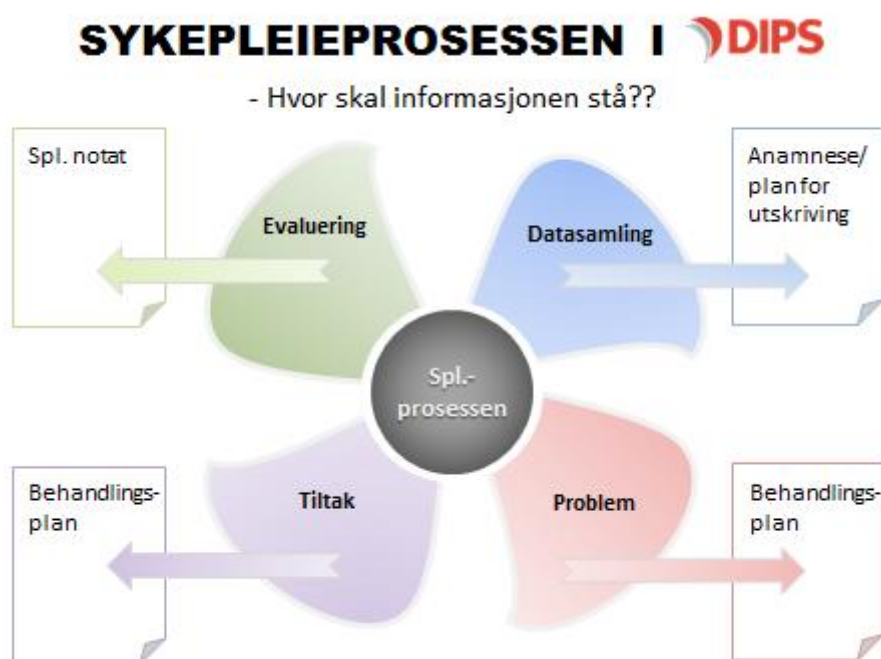
### **Uke 5 -8 Implementering:**

Sette VBP i bruk – følge opp og undervise andre sykepleiere i samarbeid med fagspl.

### **Uke8:**

Fremlegg resultatene fra fagutviklingsprosjektet for praksis.

## VEDLEGG 3



**VEDLEGG 4*****Eksempel på logg:******Logg for uke 5 – studentenes navn og avdeling, Diakonhjemmet Sykehus***

---

**Tema:** Behandlingsplan

**Aktivitet og funksjonsområder:**

Vi hadde en time internundervisning mandag 13/5. Det var overraskende stor oppslutning/mange som ville delta, slik at det i alt var minst 15 tilstede. I etterkant har vi fått positive tilbakemeldinger, både på undervisningen – og på et behandlingsplanhefte vi har laget. På tirsdagen fikk vi en forespørsel om å gjenta en del av undervisningen for de ansatte som ikke hadde vært på jobb på mandagen.

Etter internundervisningen på mandagen, opprettet vi behandlingsplan på to aktuelle pasienter. Disse behandlingsplanene brukte vi på dagvakt på tirsdag, og vi fikk sjekket hvordan den ble brukt av de andre ansatte resten av uken.

På torsdagen presenterte vi behandlingsplanene for fagforum. Vi måtte rette på en del formuleringer – men det faglige innholdet ble godkjent. Endringene som måtte gjøres, var endringer som var i samsvar med vårt opprinnelige utkast til behandlingsplan – men som vi internt på avdelingen fikk råd om å endre (til det dokumentet vi presenterte på fagforum). De nye utkastene til behandlingsplan ble sendt til veileder, enhetsleder og assisterende enhetsleder på torsdag ettermiddag, og blir forhåpentligvis videresendt til DIPS tirsdag 21/5.



FUNKSJONSOMRÅDER (FO):

Avdeling: 2 Nord  
 Utarbeidet av: Anne Marte T. Kristensen og  
 Trine Linn Drangsholt  
 Godkjent av: Hanne T. Bergkåsa og Elin Aas  
 Godkjent dato: 21.mai 2013  
 Versjon nr: 2

anse

5. Eliminasjon
6. Hud/vev/sår
7. Aktivitet/funksjonsstatus
8. Smerter/søvn/hvile/velvære
9. Seksualitet/reproduksjon
10. Sosialt/planlegging av

utskrivelse

11. Annet/legedelegerte aktiviteter
12. Åndelig/kulturelt/livsstil

### Veiledende behandlingsplan: Joint Care Hofteprotese


FO	NANDA	SYKEPLEIDIAGNOSER
2		Behov for informasjon og veiledning relatert til opr. hofteprotese
3		Risiko for sirkulatoriske og respiratoriske komplikasjoner
4		Risiko for utilstrekkelig inntak av næringsstoffer
5		Risiko for obstipasjon og urinretensjon
6		Fare for postoperativ sårinfeksjon
7		Nedsatt funksjonsnivå som følger av operasjon
8		Risiko for postoperativ smerte og -kvalme

FO	-	SYKEPLEIEMÅL
2		Er tilfredsstillende informert og trygg
3		Er stabil sirkulatorisk og respiratorisk
4		Får dekket sitt væske- og energibehov
5		Gjenvinner sin naturlige eliminasjonsfunksjon
6		Har et infeksjonsfritt forløp
7		Er selvhjelpen og oppgående med hjelpemidler utreisedag
8		Er godt smerte- og kvalmelindret

FO	NIC	SYKEPLEIETILTAK OG –FORORDNINGER	Frekvens/tid
		<u>GJELDER ALLE DAGER</u>	
2		Gi informasjon	
		Gi informasjon om restriksjoner og forventet forløp, og sikre at denne er mottatt og forstått	Ved ankomst til post, ved behov
6		Observasjoner knyttet til infeksjonsfare	
		Måle temperatur	x 1/vakt
		Kontrollere at alginatbandasjen er hel og intakt, og tilse omkringliggende hud	x 1/vakt
		Utføre EK-prosedyre ”postoperativt sterilt sårskift” dersom bandasjen ikke er tett, eller ved kraftig blødning	Ved behov
		Dokumentere observasjoner om sårets utseende i fritekst	Ved sårskift
7		Aktivitet og mobilisering	
		Sikre utførelse av egentrening	Alltid
8		Smerte- og kvalmelindring	
		Kartlegge smerter og kvalme ved hjelp av NRS-skala	x 2/vakt, og før og etter administrering av smerte- og kvalmestillende
		Dokumentere virkning og bivirkning av gitte medikamenter	Ved behov
		<u>DAG 0</u>	
3		Kontrollere vitale tegn	
		Måle blodtrykk, puls, saturasjon og respirasjonsfrekvens	x 1/vakt, ved behov
4		Tilrettelegge for tilstrekkelig inntak av næringsstoffer	
		Servere lett måltid og rikelig med drikke	Ved måltider
5		Observere tegn til urinretensjon	
		Scanne blære	Hver 4.time frem til spontan vannlating
		Scanne blære for resturin	Etter første spontane vannlating
		Utføre EK-prosedyre ”intermitterende steril kateterisering – SIK”	Ved urinmengde eller resturin >400ml
7		Aktivitet og mobilisering	
		Observere sensibilitet i underekstremiteter	x 1/vakt
		Mobilisere opp ved siden av sengekant	x 1/vakt

		Mobilisere til å gå et par skritt med prekestol	x 1/vakt
		Sørge for oppstart av egenøvelser i seng	x 1/vakt
		<u>DAG 1</u>	
3		Kontrollere vitale tegn	
		Måle blodtrykk, puls, saturasjon og respirasjonsfrekvens	x 1/døgn, ved behov
7		Aktivitet og mobilisering	
		Tilrettelegge for lett stell på sengekanten, og påkledning av egne klær	Ved morgenstell
		Sikre deltakelse i JC-program	Alltid
2		Gi veiledning	
		Gi veiledning i å sette Fragmin	Ved kveldsmedisiner
		Veilede i bruk av langt skohorn, gripetang og strømpepåtrekker	Ved behov
		<u>DAG 2</u>	
5		Kontrollere tarmfunksjon	
		Registrere om pasienten har hatt avføring postoperativt, og iverksette tiltak ved obstipasjon	x 1/vakt
7		Aktivitet og mobilisering	
		Komme inn og ut av seng selv, og være selvstendig i ADL-funksjoner	Alltid
		Sikre deltakelse i JC-program	Alltid
		Tilby dusj, og evt. gi veiledning i bandasjeskift	Ved kveldsstell, ved behov
2		Gi veiledning	
		Sikre deltakelse på avslutningssamtale	Kveldsvakt
		Assistere ved injeksjon av Fragmin	Ved kveldsmedisiner
		<u>DAG 3</u>	
7		Aktivitet og mobilisering	
		Sikre selvstendighet i ADL-funksjoner	Alltid

## VEDLEGG 6

 <b>Diakonhjemmet Sykehus</b> Skrivestruktur - Medisinsk avdeling - Pasientjournal (DDKM 1.3.2) - Veiledende behandlingsplan - medisinsk avdeling			Dok.id.: EK.7-3.1.33
<b>Pneumoni - Veiledende behandlingsplan i DIPS - MED</b>			Retningslinje
Utgave: 2.00	Utarbeidet av: Miriam Christoffersen	Godkjent av: Arild Hagesveen	Gyldig fra: 23.05.2013

Utskrift kun gyldig på utskriftstidspunktet: 15.12.2014

**FUNKSJONSOMRÅDER (FO):**

1. Kommunikasjon/sanser
2. Kunnskap/utvikling/psykisk
3. Åndedrett/sirkulasjon
4. Ernæring/væske/elektrolyttbalanse
5. Eliminasjon
6. Hud/vev/sår
7. Aktivitet/funksjonsstatus
8. Smerter/søvn/hvile/velvære
9. Seksualitet/reproduksjon
10. Sosialt/planlegging av utskrivelse
11. Annet/legedelegerte aktiviteter
12. Åndelig/kulturelt/livsstil

FO	NANDA	SYKEPLEIDIAGNOSER
3		Fare for respirasjonsvansker
3		Fare for feber (se veiledende beh.plan MED Feber)
3		Fare for pneumosepsis (se veiledende beh.plan MED Sepsis/fare for sepsis)
3		Fare for aspirasjon og residiv til lungene
4		Fare for forstyrrelse i ernæringsstatus og væskebalanse
5		Fare for forstyrrelser i tarmfloraen grunnet bruk av antibiotika
7		Fare for inaktivitet (se veiledende beh.plan KIR Mobilisering og ADL)
7		Fare for svikt i egenomsorg (se veiledende beh.plan MED egenomsorgsassistanse)
11		Smerter relatert til pneumoni

FO	NIC	SYKEPLEIETILTAK OG -FORORDNINGER	Frekvens/tid
3		<b>Pleie ved respirasjonsvansker</b>	
		Observer og dokumenter respirasjon (dybde, surkling, hvesing, piping, bruk av hjelpemuskulatur)	x 1/vakt + behov
		Telle respirasjonsfrekvens	
		Observer gassutveksling: grad av dyspne, hudfarge, bevissthet	
		Fremme slimmobilisering: instruere i hosteteknikker	
		Observer og dokumenter ekspektorat (farge, mengde, konsistens)	
		Mål BT, P, SpO2, T	x 1/vakt + behov
		Fowlers leie	
		Vurder O2-behandling i samråd med lege, observer og	



		dokumenter	
		Vurder lungefysio i samråd med lege	
		Følg opp behandling av PEP-fløyte i samråd m/fysio	
3		<b>Fremme ren munnhule</b>	
		Munnstell inkl. tannpuss (se EK prosedyre)	x 1/vakt + behov
4		<b>Fremme ernæring og væskeinntak</b>	
		Oppfordre til å drikke (30ml/kg/døgn), registrere væskeinntak	
		Tilby klare væsker, unngå slimdannende produkter (melkeprodukter)	
		Tilby små, hyppige måltider	
5		<b>Fremme normal bakterieflora i tarmer</b>	
		Gi Biola, observer og dokumenter virkning	x 3/vakt
		Vurder behov for idoform i samråd med lege	
7		<b>Fremme mobilisering/aktivitet</b>	
		Tilrettelegge for og oppfordre til aktivitet	
8		<b>Lindre smerter</b>	
		Kartlegg og dokumenter smerter (NRS-skala, hyppighet, lokalisasjon, stikkende, klemmende, strålende)	
		Observer og dokumenter effekt, evt bivirkning, av smertestillende	



DIAKONHJEMMET HØGSKOLE

Diakonhjemmet Høgskole har røtter tilbake til 1890, og er en virksomhet under stiftelsen Det Norske Diakonhem. Høgskolen har 2500 studenter og 200 ansatte, fordelt på studiesteder i Oslo og Rogaland.

Høgskolens faglige fokus er diakoni, verdier og profesjonell praksis.

Formidlingen er en viktig del av samfunnsoppdraget til Diakonhjemmet Høgskole. Publikasjonene fra høgskolen skal bidra til dette ved å skape dialog med praksisfelt og samfunn. I tillegg skal formidlingen være med på å omsette FoU-resultater i praksis.